

# HCPT 外钳内注术同外剥内扎术治疗混合痔疗效的对比分析

谢永俊 彭兵

(中国人民解放军第 105 医院 安徽合肥 230031)

关键词:混合痔;外钳内注术;外剥内扎术;疗效对比

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.047

笔者将 2009 年 9 月~2010 年 11 月收治的混合痔患者 172 例,随机分成两组,治疗组采用肛肠综合治疗仪(HCPT)外痔钳夹结合硬化剂内痔注射术,对照组采用传统的外剥内扎术,对照研究两组的治疗效果。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组:患者 86 例,其中男性 42 例,女性 44 例;年龄 21~76 岁,平均年龄 47.25 岁;病程 2~41.5 年。对照组:患者 86 例,其中男性 38 例,女性 48 例;年龄 18~71 岁,平均年龄 43.30 岁;病程 2.5~40 年。

1.2 诊断标准 参照 2006 年中华中医药学会肛肠病专业委员会制定的《痔临床诊治指南(2006 版)》<sup>[1]</sup>的诊断标准。

## 1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 术前备皮:清洗肛门,必要时行清洁灌肠。术中患者首先采取侧卧位,肛周菱形麻醉,碘伏消毒肛周和直肠术野,铺洞巾,行肛门镜检查确认痔核所在位置和数目。用组织钳提起拟切除混合痔的外痔部分,用一次性电钳自外痔底部夹紧,钳夹至齿线下 0.5 cm 处,电钳周围用纱布覆盖,防止损伤周围组织,脚踩治疗仪踏板通电,持续 5 s

护士轻拉波形管,调节波形管的角度,喇叭口对准肛门约 10 cm,距离以病人感觉舒适为宜,进行肛门熏蒸 15~20 min/次,如疼痛、水肿严重可适当延长至 30 min/次。熏蒸完毕,关闭温控开关,拔掉电源,整理好电源线,松开波形管扣环,从坐浴架孔取下波形管,清洗晾干备用。罐内药物留至下次以同样方法再用,1 剂/d,2~3 次/d。

1.3 结果 用于临床痔术后患者 136 例,均获得满意疗效,且未见明显不良反应。

## 2 讨论

传统的温水或 1:5 000 PP 粉液坐浴熏洗肛缘水肿常消除较慢,有时残留皮赘需做修剪,又一次增加病人痛苦。且需配备专门的坐浴架及符合规格的坐浴盆,水位不好控制,放置过多容易外溢,过少达不到效果,且水温随时间推移而下降,特别是冬天

左右至外痔基底部干结,松开电钳,组织剪剪去干结组织。同法处理其他部位外痔部分,并保留好皮桥。对于外痔部分较大者应先切开皮肤再进行钳夹。然后患者体位改换成胸膝位,将涂有石蜡油的斜口肛门镜插入肛内,充分暴露内痔,在内痔痔核最突点进针,针尖斜行刺入黏膜下层 0.3~0.5 cm,抽吸无回血即可缓慢注入枯痔油注射液<sup>[2]</sup>(我院院内制剂),直至黏膜表面出现“条纹征”现象,同法逐个注射内痔部分。注射完毕后,患者取侧卧位,创面常规消毒,用复方亚甲蓝注射液在创面周围皮下注射。肛内塞入肛泰栓 1 枚,凡士林纱条填塞创面,塔型垫覆盖,丁字带加压包扎。

1.3.2 对照组 术前备皮和准备同治疗组。肛门镜检查确认痔核所在位置和数目后,用组织钳提起痔组织做“V”字形切口,组织剪将其曲线血管团剥离(切除)至齿线上 0.1~0.5 cm,然后用止血钳夹住内痔部分的基底部,在止血钳下内痔部分的正中,用丝线圆针作贯穿结扎,然后剪去外痔和被结扎的内痔部分。同法切除其余混合痔,但各痔体之间应按常法保留皮桥。创面常规消毒,用复方亚甲蓝注射液在创面周围点状注射。肛内塞入肛泰栓 1 枚,凡士林纱条填塞创面,塔型垫覆盖,丁字带加压包扎。

病人坐浴熏洗时间和温度难以保证。部分患者会引起肛周瘙痒症,妇女月经期使用易造成逆行感染。现代熏蒸仪造价昂贵,科室一般配备不多,位置放置相对固定,连续使用时院感要求难以达标,无法及时满足病人所需,收费也贵,给病人带来一定的经济负担和不便。本简易实用型痔疮熏蒸器使用方便,清洗简单,造价低廉,能保证相对衡定的蒸气温度,且能根据病情遵医嘱辨证用中药熏蒸,妇女月经期、坐卧体位均能使用,治疗效果好,能按需配备,避免了传统温水熏洗及现代熏蒸仪的弊端。同时,病人出院后亦可带回家,在家便后肛门熏蒸,利于伤口尽快恢复,病人感觉舒适,乐于接受。

## 参考文献

- [1]杨雪枝.中药熏洗在痔疮术后的应用[J].护理研究,2003,17(9):790
- [2]邱燕飞.中药熏洗在痔术后的应用[J].内蒙古中医药,2003,22(1):26-27

(收稿日期:2011-06-27)

# 改良外剥内扎配合消痔灵注射治疗混合痔 52 例

聂明华

(江西省上高县锦江卫生院 上高 336400)

关键词:混合痔;外剥内扎;注射疗法;消痔灵

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.048

2008~2010 年, 我院采用改良外剥内扎加消痔灵注射术治疗混合痔 52 例, 取得了满意疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 52 例中, 男 31 例, 女 21 例, 年龄 24~65 岁, 病程 1~28 年, 均有便秘史和便后滴血。环状混合痔 6 例, 多发性混合痔 46 例。

1.2 治疗方法 患者取截石位, 常规消毒铺巾, 骶麻或局部麻醉。扩肛, 先了解痔核分布情况。伸入肛门镜, 用 1%利多卡因与消痔灵配成 1:1 注射液, 行内痔区注射后, 再在内痔上 2 cm 的 3、7、11 点处直肠黏膜下层注射。用组织钳提起痔核组织, 由外向内做一梭形切口, 尽量多保留皮肤和黏膜, 皮下潜行剥离结缔组织和曲张静脉血管。至齿状线上 0.3 cm 处, 钳夹内痔痔核基底部, 用 4 号丝线双重结扎, 剪去结扎之痔核组织, 并剥除切口两侧皮桥下的血栓及曲张的血管团块, 剪开的黏膜用羊肠线间断缝合, 皮肤切口修剪平整, 留 1.0~1.5 cm 长切口

不缝合以利引流, 术后肛内塞入凡士林纱条卷, 塔形纱布包扎固定。

1.3 疗效判定标准 治愈:痔核脱出和出血等症状完全消失, 肛缘平整, 肛镜下见内痔痔核萎缩和消失。显效:痔核脱出和出血等症状完全消失, 肛缘皮桥轻度隆起, 肛镜下见结扎的内痔痔核消失, 注射的痔核萎缩  $\geq 50\%$ 。好转:痔核脱出和出血等症状较术前减轻, 注射的痔核萎缩  $< 50\%$ 。无效:痔核脱出和出血等症状较术前无明显改善, 注射的痔核萎缩  $< 25\%$ 。

1.4 疗效 本组治愈 42 例, 显效 7 例, 好转 3 例。疗程 10~22 d。术后随访 6 个月~1 年未见复发。

## 2 讨论

消痔灵是目前国际上最理想的血管和组织粘连硬化剂, 适用于各种内痔, 尤其是晚期内痔及由晚期内痔发展而成的静脉曲张性混合痔, 注入内痔后产生无菌性炎症栓塞, 从而达到收敛、止血、抑菌、使痔核硬化萎缩的目的<sup>[1]</sup>, 阻止内痔的复发和防

## 2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 治愈:局部出血、异物脱出、肛门坠胀等临床症状和体征全部消失。好转:临床症状明显减轻, 体征基本消失。无效:临床症状和体征均无改变。

2.2 治疗结果 见表 1。

组别	n	治愈	好转	无效	有效率(%)
治疗组	86	81	5	0	100
对照组	86	78	8	0	100

2.3 术后并发症及愈合时间 见表 2。在术后出现坠胀、疼痛、水肿、出血等并发症方面, 治疗组明显优于对照组, 但治疗组愈合时间比对照组长。

组别	n	坠胀	疼痛	水肿	出血	愈合时间(d)
治疗组	86	52	41	32	19	16.7 $\pm$ 5.00
对照组	86	67	53	49	33	13.3 $\pm$ 3.50

## 3 讨论

混合痔的治疗, 要求尽可能减少对肛周解剖及组织结构的破坏, 保护肛门功能, 减少术后出血、疼痛、水肿等并发症的发生。经临床研究证实, 我院采用肛肠综合治疗仪外痔钳夹术结合硬化剂内痔注

射术治疗混合痔, 可降低术后并发症的发生, 减少对肛门解剖结构的破坏, 保留了齿线。硬化剂注射内痔部分后, 可使其硬化、萎缩, 缩小了内痔及外痔部分, 同传统的外剥内扎术相比, 减小了手术创面, 降低了术后发生感染的几率, 也避免了结扎可能引起痔核脱落导致大出血的问题。HCPT 电钳的高频电容场的热源来自 HCPT 钳两极间的作用物本身, 局限性强, 术中出血少, 对周围组织无损伤, 明显降低水肿的发生; 不需要缝线, 避免了术后拆线的痛苦; 钳夹的组织呈梭形, 张力小, 降低了脱落后大出血的可能性。但是采用 HCPT 治疗后的创面要经过液化、脱落才能愈合, 所以愈合时间相对延长。总体来看, HCPT 外痔钳夹术结合硬化剂内痔注射术治疗混合痔比较安全可靠, 操作简单, 值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 痔临床诊治指南(2006 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 177-180  
 [2] 谢永俊. 枯痔油治疗内痔 150 例疗效分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(3): 53-54

(收稿日期: 2011-08-12)